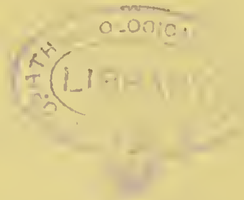
Separat-Abdruck aus dem
„Centralblatt für praktische Augenheilkunde".
1884. — Januarheft.
Red.: Prof. J. Hirschberg. — Leipzig, Veit & Comp.



Fall von beiderseitigem Corneoscleraldermoid.

Von Dr. **B. Wicherkiewicz.**

Bald nachdem mein Artikel „über sogenannte Bulbuswarzen"[1] dem Drucke übergeben worden war, habe ich Gelegenheit gehabt, einen neuen Fall, diesmal von beiderseitigem, anscheinend congenitalem Sclerocornealdermoid zu beobachten. Seitdem sind auch noch mehrere andere ähnliche Fälle beobachtet und beschrieben worden, so dass wohl die bezügliche Literatur durchaus keine arme zu nennen ist und neue Veröffentlichungen solcher Fälle wohl kaum noch von Interesse sein dürften.

Was mir jedoch meinen zweiten Fall, über den ich, nebenbei bemerkt, meine Notizen längst ad acta gelegt hatte, wieder in Erinnerung bringt und mich zum folgenden Berichte anregt, das ist zunächst ein von Hirschberg und Birnbacher[2] unter dem Titel „Beiträge zur Pathologie des Sehorgans" veröffentlichter Artikel über lipomatöses Dermoid, sowie die dort angeführte Bemerkung A. v. Graefe's, dass diese angeborenen Neubildungen, die von ihm als subconjunctivale Lipome aufgefasst worden, an einer bestimmten Stelle, nämlich zwischen dem äusseren und oberen geraden Augenmuskel vorkämen. Es weicht mein Fall von dieser Localisationsregel ab, ohne jedoch darin eine einzige Ausnahme zu bilden, denn auch Charles Atken theilt aus dem Liverpool Eye und Ear Infirmary in Brit. med. Journ. 4. Febr. 1882 gleichfalls einen Fall bei einem 13jährigen Patienten mit, wo sich am unteren äusseren Quadranten ein glatter, fester Tumor (Dermoid) vorfand.

Aber auch noch ein anderer Umstand lässt mir meinen Fall der Veröffentlichung für werth erscheinen: das ist die Coexistenz der Corneoscleral-

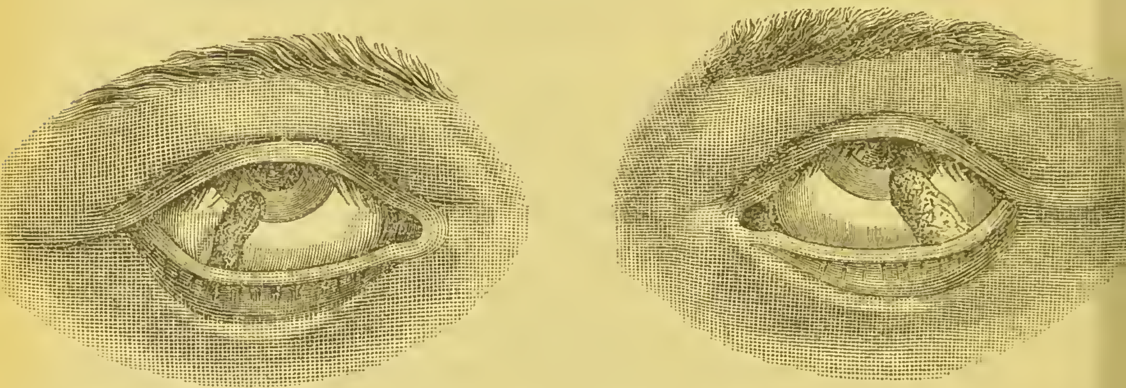
---

[1] Centralblatt f. p. Augenheilk. 1882. Januar.
[2] Centralblatt f. p. Augenheilk. 1883. October.

dermoide mit kleinen Hauttumoren an den Ohrmuscheln. Diese Complication scheint nicht gar häufig vorzukommen. Dr. VAN DUYSE[1] hat aus der Literatur einige wenige bezügliche Fälle, in denen beide Anomalien zusammen vorkommen, gesammelt.

Der hier zu beschreibende Fall betrifft ein Mädchen von 11 Jahren: M. J., Tochter eines Apothekers aus Ch. erschien am 12. December 1881 in meiner Poliklinik. Für ihr Alter ist sie schwach entwickelt und von scrophulösem Habitus.

Abgesehen von den sofort auffallenden Neubildungen an den Augen, wovon weiter unten die Rede, machten sich auch kleine Tumoren an den Ohren bemerkbar. Am linken Tragus sieht man ein Auricularanhängsel in Form eines kleinen Hahnenkammes von derselben Beschaffenheit, wie die Oberfläche der Ohrmuschelhaut. Er ist 1 Cm. hoch und gegen 8 Mm. lang und mit seiner Spitze nach aussen gerichtet. Auch an der rechten Ohrmuschel findet sich an gleicher Stelle ein ähnliches Anhängsel, wenn auch



viel kleiner. Ein innerhalb dieses Anhanges enthaltenes kleines Knorpelstück ist mit dem die Ohrmuschel constituirenden Knorpel in keinem Zusammenhange. Was nun die Augen anlangt, so fanden wir am rechten Bulbus bei der primären Augenstellung in der Richtung, die der Mitte zwischen Rectus ext. und inf. entspricht, eine weissgelbe, etwas längliche Erhöhung, theils auf der Hornhaut, theils auf der Sclera auflagernd. Der Scleraltheil dieser Auflagerung zieht sich, wie man das bei etwas abgezogenem Lide sofort bemerkt, etwas breiter und ungleich flacher werdend nach hinten fast bis zur unteren Uebergangsfalte. Die ganze gegen 2 Mm. hohe Neubildung mag wohl 8—10 Mm. lang und 3—4 Mm. breit gewesen sein. Mit dieser auf der Sclera etwas beweglichen, mit der Cornea aber innig verbundenen Neubildung erscheint die darüber befindliche Conjunctiva fest verwachsen. In der der Neubildung zugehörigen Bindehaut verlaufen dichotomisch sich theilende, mässig starke Gefässe, welche sich schliesslich auf der Hornhaut in ein Capillarnetz auflösen.

---

[1] Macrostomes congénitaux avec tumeurs préauriculaires et dermoides de l'oeil. Gand 1882.

Die Lage dieser länglichen Neubildung entspricht, wie oben bereits bemerkt, demjenigen Augapfelmeridiane, der zwischen Rectus inferior und externus, allerdings näher dem ersteren, liegt.

Ein ähnlicher, doch viel grösserer Tumor findet sich an einer ganz symmetrischen Stelle am linken Auge.[1] Er nimmt bei offenem Auge fast die ganze äussere Hälfte der in der Lidspalte sichtbaren Bulbusoberfläche ein und der der Hornhaut zugehörende etwas höhere Theil bedeckt fast $^2/_3$ des unteren äusseren Hornhautquadranten. Der untere hintere Theil ist flacher und verliert sich allmählich an der unteren Uebergangsfalte. Die Neubildung ist weich, namentlich ihr Scleraltheil, mit dem die verdickte Bindehaut fest verwachsen erscheint. An der Tumoroberfläche findet man recht zahlreiche punktförmige Vertiefungen. Die Prüfung der Sehkraft ergab:

S rechts $= {}^{20}/_{50}$ Mp. 2,5 D., in 40 Cm. J. 1,
S links $= {}^{20}/_{100}$ Mp. 4 D., in 25 Cm. J. 1.

Die verminderte Sehkraft für die Ferne ist wohl auf einen irregulären Hornhautastigmatismus zurückzuführen.

Am 15. December 1882 schritten wir zur operativen Entfernung der beiden Bulbustumoren und führten dieselbe in der Weise aus, dass wir, nachdem wir die Bindehaut, mit der die Neubildung innig verbunden war, am Scleraltheile peripher mit dem schmalen Graefe'schen Messer umschnitten hatten, den kleinen Tumor mit einer Hakenpincette fassten und ihn durch flache Messerzüge zunächst von der Hornhaut und dann von der Sclera, mit der er in losem Zusammenhange stand, entfernten. Nachträglich wurden noch von der Hornhaut die Ueberbleibsel successive bis zur durchsichtigen Hornhautschicht abgetragen, Darauf hatten wir die Conjunctiva von der Wunde aus nach den Seiten zu etwas lospräparirt und die Wunden am rechten Auge durch zwei, am linken durch vier seidene Nähte geschlossen.

Es erfolgte unter einem antiseptischen Druckverbande vollständige Heilung prima intentione; am 4. Tage konnten die Nähte gelöst werden. An der Hornhautwunde hatten sich zahlreiche Gefässe gebildet, die sie allmählich bedeckten, und nach ihrer Rückbildung waren intensive weisse Hornhautnarben zurückgeblieben.

Die histologische Structur der kleinen Tumoren, auf denen keine Haarbildung entdeckt werden konnte, entsprach der von Virchow im v. Graefe'schen Falle beschriebenen. Auf der Oberfläche eine verhornte Epithellage, darunter eine Lage von elastischen Fasern mit flacheren und spitzeren Papillen nebst Capillargefässen und zu unterst Bindegewebe nebst Unterhautfett.

Danach dürfte wohl diese Neubildung den angeborenen lipomatösen Dermoiden angereiht werden, wie das Hirschberg und Birnbacher für ähnliche Neubildungen zu thun vorschlagen (l. c.).

---

[1] Die Zeichnung giebt kein richtiges Grössenverhältniss der Neubildungen.

Die kleine Patientin habe ich nachträglich zu verschiedenen Zeiten und zwar das letzte Mal etwa vor $^1/_2$ Jahre untersucht, wobei ich mich überzeugen konnte, dass von einer Recidive, wie sie hier und da vorkommen soll, nichts zu merken war. An der Hornhaut waren an den Stellen, wo früher die Neubildungen sassen, feine, glatte, weisse Narben, die ich aus kosmetischen Gründen, entsprechend der Irisfarbe, tätowirt habe. —

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.